

200 14 742 IV
SCI/IMD/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. Dezember 2014

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer



gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 17. Juni 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1968 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im September 2012 unter Hinweis auf "psychische Probleme" bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB nahm Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vor, veranlasste insbesondere eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Gutachten vom 3. März 2014 [AB 26.1]), und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 14. März 2014 die Abweisung des Leistungsge-suchts mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht (AB 28). Am 17. Juni 2014 verfügte die IVB nach dagegen vorgebrachten Einwänden (AB 29, 35) dem Vorbescheid entsprechend und verneinte einen Leistungsanspruch (AB 37).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 14. August 2014 Beschwerde. Er beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin, damit diese den Gesundheitszustand und die verbleibende Arbeits- und Leistungsfähigkeit rechtsgenügend eruiere. Im Wesentlichen macht er geltend, der relevante Sachverhalt sei falsch bzw. ungenügend erhoben worden. Auf das Gutachten von Dr. med. C._____ könne nicht abgestellt werden. Dieser habe offensichtlich eine falsche Einschätzung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers vorgenommen, was sich insbesondere dadurch zeige, dass sich der Beschwerdeführer drei Monate nach der Begutachtung stationär habe behandeln lassen müssen. Es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sich der im Gutachten positiv dargestellte Gesundheitszustand innert kurzer Zeit derart verschlechtert haben könne.

Mit Eingabe vom 16. September 2014 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht der Klinik D._____ vom 14. August 2014 zu den Akten (Beschwerdebeilage [BB] 5).

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2014 auf Abweisung der Beschwerde. Sie bringt vor, das Gutachten von Dr. med. C._____ sei schlüssig und nachvollziehbar, woran die eingereichten medizinischen Berichte – soweit sie aufgrund deren Erstellung nach dem massgebenden Zeitpunkt der Verfügung überhaupt zu beachten seien – nichts ändern würden. Sie habe sich somit zu Recht auf das Gutachten gestützt und von weiteren medizinischen Abklärungen abgesehen.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege

vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. Juni 2014 (AB 37). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen

wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.6 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben,

warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.

3.1 Zur Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 In einem undatierten Bericht (Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 24. Oktober 2012; AB 8) diagnostizierte Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Depressionen sowie eine Angst- und Anpassungsstörung, bestehend seit 2006. Das Ausmass des psychiatrischen Leidens sei ihm mangels Betreuung in diesem Bereich nicht vollständig geläufig. Unter psychiatrischer Behandlung bestünden offenbar ein adäquater Zustand und eine kompensierte Alltagssituation. Die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit sei höchstens geringgradig eingeschränkt, die Frage könne jedoch nicht schlüssig beantwortet werden, da sich der Patient nicht in einer stabilen Arbeitssituation befinde.

3.1.2 Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Bericht vom 8. November 2012 (AB 10) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: Generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1), rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.0), Persönlichkeit mit asthenischen, ängstlich-vermeidenden und zwanghaften Zügen (ICD-10: F61.0). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte sie einen riskanten Konsum von Alkohol (ein bis zwei mal wöchentlich bis zu zwei Liter Bier), der weder die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 für ein Abhängigkeitssyndrom noch diejenigen für einen schädlichen Gebrauch erfülle. Der Patient zeige ein über mehrere Jahre hinweg bestehendes komplexes Krankheitsbild mit mehreren Komorbiditäten, das trotz regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung einen chronifizierten Verlauf zeige. Die Therapie sei erschwert, da der Patient durch seine starken Ängste und seine Ambivalenz häufig blockiert sei und es ihm dadurch nicht möglich sei, anstehende Entscheidungen zu treffen und umzusetzen. Es müsse von einem weiteren chronifizierten Verlauf ausgegangen werden. Die Einschränkungen bestünden aus

psychiatrischer Sicht aus einer eingeschränkten Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, Gedankenkreisen, starker Angstsymptomatik und wahnhafter Verarbeitung, sobald sich der Patient unter Druck und Anforderungen fühle. Es bestehe eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit sowie eine verminderte Belastungs- und Konfliktfähigkeit. Seit mindestens einem Jahr liege eine Arbeitsunfähigkeit von zirka 50 % vor.

Im Bericht vom 20. August 2013 (AB 20) wies Dr. med. F. _____ auf einen stationären Gesundheitszustand hin. Seit Mai 2013 fänden aufgrund von verstärkter Verunsicherung infolge Ausschlusses vom Universitätsstudium wöchentliche statt wie bisher 14-tägliche Konsultationen statt. Zudem sei die Begleitung durch die G. _____ zur Prävention einer Zunahme des Alkoholkonsums bis Juli 2013 weitergeführt worden. Es sei zwar von einem chronifizierten Verlauf auszugehen, dennoch erscheine eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit als möglich und in Bezug auf den Krankheitsverlauf als erwünscht. Berufliche Massnahmen bzw. die Wiederaufnahme einer Tätigkeit bei reduziertem Pensum in einem wohlwollenden, geschützten Rahmen seien als sinnvoll zu erachten.

3.1.3 Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und Arzt beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn, erachtete die psychiatrische Situation aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen im Bericht vom 22. Oktober 2013 (AB 22) als unklar. Die Herleitung der Diagnosen, im Besonderen jene der Persönlichkeitsstörung, gehe nicht eindeutig hervor und die Angaben zum Alkoholkonsum seien vage. Die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit und insbesondere die Angabe, wonach der Versicherte nur noch in einem geschützten Rahmen eine Tätigkeit aufnehmen könne, seien schwer nachvollziehbar. Zur Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie zur Erstellung eines Zumutbarkeitsprofils sei eine psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung angezeigt.

3.1.4 Dr. med. C. _____ hielt im Gutachten vom 3. März 2014 (AB 26.1) fest, es könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Als Diagnosen ohne Auswirkung seien eine rezidivierende depressive Störung, seit Herbst 2013 grossteils remittiert (ICD-10: F33.4), akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1), eine phasenweise auf-

tretende soziale Phobie (ICD-10: F40.1) sowie ein schädlicher Alkoholkonsum (ICD-10: F10.1) zu nennen (AB 26.1 S. 6). Der Gutachter führte aus, ein psychiatrisches Krankheitsbild sei nicht dominierend. Als sicher gelte, dass der Versicherte einen schädlichen Alkoholkonsum betreibe, trinke er doch seit einem Jahr ohne Pause zweieinhalb Liter Bier pro Tag. Diesbezüglich stehe er in einer ambulanten Therapie. Irreversible Gesundheitsschäden seien keine erkennbar. Der Versicherte zeige keinen Persönlichkeitsabbau und kein amnestisches Syndrom. Der Alkoholkonsum sei aber keine günstige Voraussetzung, um in der Arbeitswelt zu reüssieren. Eine Abstinenz sei zu empfehlen bzw. zumutbar (AB 26.1 S. 7).

Beim Versicherten sei bekannt, dass er seit Jahren an Ängsten leide. Es lasse sich eine soziale Phobie diagnostizieren, da die Ängste in der Regel bei Begegnungen mit Mitmenschen aufträten. Phasenweise würden hypochondrisch gefärbte Ängste auftreten, dies in körperlicher Hinsicht. Eine generalisierte Angststörung sei aber nicht nachweisbar, auch komme es nicht zu Panikattacken. Schwer zu erfassen sei die Persönlichkeit des Versicherten. Es fänden sich asthenische Anteile, er sei zudem eher vermeidend. Zwanghafte Anteile hätten im Rahmen der Untersuchung nicht beobachtet werden können. Gemäss seinen eigenen Angaben gehe es dem Versicherten seit zirka Herbst 2013 hinsichtlich seiner Psyche besser. Bei der Untersuchung hätten sich zwar akzentuierte Persönlichkeitszüge gezeigt, eine Persönlichkeitsstörung finde sich aber nicht; die Kriterien der ICD-10 seien nicht erfüllt. Es lägen markante ungünstige krankheitsfremde Faktoren vor: Berufliche Unschlüssigkeit seit vielen Jahren, Durchführung eines ...-Studiums ohne Elan, längere Phase von Arbeitsuntätigkeit, etwas eigensinnige Lebensführung. Der Versicherte lebe zudem seit Jahren allein. Er habe sich einen eigenen Lebensstil angeeignet, weshalb es für ihn eher schwierig sei, in der Arbeitswelt Fuss zu fassen.

Der Versicherte pflege eine regelmässige Tagesgestaltung, habe einen Kollegenkreis und betreibe intensiv Sport (Velofahren). Er sei auch fähig, sich um seine Kleidung und den Haushalt zu kümmern. Zudem habe er Lieblingsbeschäftigungen wie Bücher lesen, Arbeit mit dem Computer, Musikhören, usw. Diese positiven Verhaltensweisen liessen annehmen, dass er nicht psychisch krank sei. Auch der Versicherte selbst sei zu diesem

Schluss gekommen, habe er doch vor eineinhalb Monaten die Psychotherapie abgebrochen. Auch die Psychopharmaka habe er weitgehend abgesetzt, Risperdal nehme er nur unregelmässig und in kleiner Dosierung ein. Von einer effektiven medikamentösen Behandlung könne nicht gesprochen werden (AB 26.1 S. 7 f.).

In Beantwortung der Fragen der Beschwerdegegnerin hielt der Gutachter fest, beim Versicherten bestünden mässige psychische Beeinträchtigungen. Er habe im mitmenschlichen Kontakt eher Probleme, er könne sich nicht leicht in die Gesellschaft einfügen. Früher sei es zu depressiven Phasen gekommen. Der Versicherte sei zuletzt u.a. als ... tätig gewesen. Bei dieser Tätigkeit sei er nicht eingeschränkt, da diese nicht mit engen mitmenschlichen Kontakten verbunden sei. Die Funktionen seien teilweise eingeschränkt, dies u.a. aus krankheitsfremden Gründen. Der Alkoholabusus wirke sich negativ auf seine Leistungsfähigkeit aus. Die Belastbarkeit sei angesichts der akzentuierten Persönlichkeitszüge seit jeher reduziert. Sowohl die bisherigen als auch angepasste Tätigkeiten seien dem Versicherten zu zirka 90 % zumutbar (AB 26.1 S. 8 ff.).

3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismündigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351

E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.3

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung massgeblich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 3. März 2014 (AB 26.1) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines derartigen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor). Es ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden sowie die erhobenen Befunde und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Im Weiteren ist es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet.

In Übereinstimmung mit dem Gutachter sehen auch die behandelnden Ärzte die Problematik primär im Bereich des Alkohols (AB 20 S. 2; 35 S. 1). Dass der Alkoholkonsum (bereits) zu nicht mehr umkehrbaren Folgeschäden geführt hätte, wurde auch von den behandelnden Ärzten zu keinem Zeitpunkt geltend gemacht und kann ausgeschlossen werden (AB 26.1 S. 11). Gleichermassen hat der Gutachter den Alkoholkonsum nicht als zwingende und nicht vermeidbare Folge eines psychischen Leidens bezeichnet. Auch dies scheint vor dem Hintergrund der übrigen Berichte durchaus korrekt. Die Tatsache, dass die Ärzte des Spitals I. _____ im vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers im Einwandverfahren eingebrachten Bericht vom 15. Mai 2014 (AB 35) die Arbeitsunfähigkeit höher einstufen, ändert am Ganzen nichts. Sie führten zwar Komorbiditäten auf, konnten diese jedoch nicht im Rahmen einer psychiatrisch umfassenden Zuordnung als eigentliche Störungen festhalten. Als einschränkend hinsichtlich der Leistungsfähigkeit bezeichneten sie in erster Linie denn auch den chronischen Alkoholabusus. In dieser Hinsicht stimmt die Einschätzung

des Gutachters mit diesem (späteren) Bericht der behandelnden Ärzte ebenfalls überein. Der dem Gutachter nicht vorliegende Bericht des lic. phil. J. _____, Fachpsychologe für Psychotherapie, vom 11. August 2008 (AB 36 S. 3 f.) vermag die Würdigung des Experten ebenfalls nicht zu erschüttern, ist dem Bericht doch nichts zu entnehmen, das nicht bereits bekannt gewesen wäre.

3.3.2 Nichts an der Massgeblichkeit des Gutachtens ändern auch die im vorliegenden Verfahren erstmals aufgelegten medizinischen Unterlagen:

Die Berichte der psychiatrischen Klinik K. _____ vom 14. Juli und 4. August 2014 (Beschwerdebeilage [BB] 2 und 3) beschlagen einen Zeitraum nach Erlass der angefochtenen Verfügung. Eine in diesem Zeitraum eingetretene Veränderung des Gesundheitszustands wäre im Rahmen einer Neuanschuldung bei der Beschwerdegegnerin geltend zu machen. Allein soweit aus den Berichten Rückschlüsse auf die Zeit vor Erlass der angefochtenen Verfügung abgeleitet werden können, sind sie allenfalls geeignet, die Beurteilung des vorliegenden Falls zu beeinflussen: Im Bericht vom 4. August 2014 (BB 3), adressiert an den Rechtsvertreter, hielt der zuständige Arzt fest, die stationäre Behandlung vom 20. Juni bis 1. Juli 2014 habe lediglich den Charakter einer Krisenintervention mit Entgiftung von Alkohol gehabt. Er sei dementsprechend nicht in der Lage, weitergehende Aussagen über die Arbeitsfähigkeit zu machen. Insoweit ist dieser Bericht nicht direkt massgeblich und zudem auch inhaltlich nicht geeignet, das Gutachten in Frage zu stellen.

Im Austrittsbericht an die behandelnden Ärzte des Spitals I. _____ vom 14. Juli 2014 (BB 2) haben die Ärzte psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Abhängigkeitssyndrom [ICD-10: F10.2]) attestiert, einen Verdacht auf eine schizotype Störung (ICD-10: F21) gestellt und ergänzend die Diagnose einer Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2) aufgeführt. Insgesamt wurde auch in diesem Bericht auf die grosse Bedeutung des Alkoholkonsums hingewiesen. Insoweit bestätigt auch dieser Bericht hinsichtlich der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz des gezeigten Störungsbilds letztlich das Gutachten und das voranstehend hierzu Ausgeführte.

Nichts ändert auch der Bericht der Ärzte der Klinik D. _____ vom 14. August 2014 (BB 5) an den Rechtsvertreter, haben doch auch diese Ärzte eine starke Verknüpfung von (entgleister) Alkoholproblematik und den psychischen Symptomen festgehalten.

Die Gebotenheit eines Alkoholentzugs und anschliessender Abstinenz ist offensichtlich. So gehen auch die behandelnden Ärzte davon aus, dass bei der bestehenden Diagnosekonstellation eine vollständige Abstinenz vom Alkohol die Situation sehr wohl verbessern könnte, da der Alkohol das Auftreten sowohl depressiver wie auch ängstlicher Symptome eher fördere (BB 5 S. 2). Dies allein besagt jedoch nicht, dass vor dem Entzug die Arbeitsfähigkeit deswegen aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht massgeblich eingeschränkt (gewesen) wäre. Denn nach ständiger Rechtsprechung begründen Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2012 BVG Nr. 14 S. 62 E. 4.4.2). Gestützt auf die medizinischen Unterlagen ist erstellt, dass dies auf den Beschwerdeführer nicht zutrifft (vgl. E. 3.3.1 hiavor).

In diagnostischer Hinsicht stimmt der in Unkenntnis des Gutachtens von der Klinik D. _____ erstellte Bericht mit dem Gutachten überein. Auch diese Ärzte haben (gleich wie der Gutachter und anders als die psychiatrische Klinik K. _____) nicht eine Angst- und depressive Störung gemischt sondern eine rein depressive Störung attestiert. Dass der Gutachter diese Störung – wie bereits erwähnt – im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum sieht und diese ohne Alkoholkonsum kontrolliert werden könnte, ist nachvollziehbar und überzeugt. Insoweit liegt auch mit dem Bericht der Klinik D. _____ kein die Massgeblichkeit des Gutachtens von Dr. med. C. _____ in Zweifel ziehender Bericht vor.

3.4 Nicht gefolgt werden kann Dr. med. C. _____ insoweit, als er eine Leistungseinschränkung von 10 % (AB 26.1 S. 9 f.) attestierte. Bei

fehlender invalidenversicherungsrechtlich relevanter psychiatrischer Störung hat eine ärztlich attestierte Einschränkung bei der Festlegung des Leistungsanspruchs unbeachtet zu bleiben.

Mangels versicherungsrechtlich relevanter Invalidität besteht kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Daran würde sich im Übrigen auch nichts ändern, wenn die attestierte Einschränkung berücksichtigt würde und mit Blick auf die Invaliditätsbemessung sowohl das Validen- wie auch das Invalideneinkommen (angesichts der gemäss IK-Auszug erzielten Einkommen [AB 7] zu Gunsten des Beschwerdeführers) auf der gleichen statistischen Basis berechnet würden. Der Invaliditätsgrad entspräche so der Einschränkung von 10 % (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 15. April 2003, I 1/03, E. 5.2). Ein Abzug vom Tabellenlohn wäre nicht vorzunehmen, sind doch einerseits die rechtsprechungsgemäss hierfür erforderlichen Kriterien zweifellos nicht erfüllt (vgl. dazu BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1) und wären andererseits invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des Einkommensvergleichs entweder überhaupt nicht oder dann sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen zu berücksichtigen (Entscheid des EVG vom 29. August 2002, I 97/00, E. 3.3).

3.5 Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers gestützt auf das Gutachten von Dr. med. C. _____ zu Recht abgewiesen. Die angefochtene Verfügung ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 1'000.-- entnommen. Der Restbetrag des Kostenvorschusses ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen. Der Restbetrag des Kostenvorschusses, ausmachend Fr. 300.--, wird nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.